

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 53

UN CAS D'ATHREPSIE

GUÉRI PAR LA REPRISE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

APRÈS UNE INTERRUPTION DE 33 JOURS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Février 1921

PAR

Louis-Auguste-André JEANJEAN

Né à Moulézan (Gard), le 28 Mai 1892

INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{	BOSC, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Assesseurs.</i>
	BAUMEL, professeur.		
	LEENHARDT, agrégé.		
	P. DELMAS, agrégé.		

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921

UN CAS D'ATHREPSIE

GUÉRI PAR LA REPRISE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
APRÈS UNE INTERRUPTION DE 33 JOURS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 53

UN CAS D'ATHREPSIE

GUÉRI PAR LA REPRISE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

APRÈS UNE INTERRUPTION DE 33 JOURS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Février 1921

PAR

Louis-Auguste-André JEANJEAN

Né à Moulézan (Gard), le 28 Mai 1892

INTERNE DES HOPITAUX DE NIMES

DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

{ BOSC, professeur, *Président*.
BAUMEL, professeur. } *Assesseurs*.
LEENHARDT, agrégé.
P. DELMAS, agrégé. }

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1921



PERSONNEL DE LA FACULTE

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	IMBERT.
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRET.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
Clinique chirurgicale	VEDEL.
Clinique obstétricale	TEDENAT.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	FORGUE, <i>assesseur</i> .
Clinique ophtalmologique	VALLOIS.
Clinique des maladies des enfants	MAIRET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	TRUC.
Clinique gynécologique	BAUMEL.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires: MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique des maladies des voies urinaires	MM. JEANBRAU.
Clinique propédeutique de chirurgie	RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	{	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	{	MM. RICHE.
		GAUSSEL.			ETIENNE.
		EUZIERE.			LAPEYRE.
		RIMBAUD.			DELMAS (P.)
Anatomie	{	MARGAROT.	Histoire natur.	{	GALAVIELLE
		DELMAS (J.)			CABANNES.
Histologie	{	GRYNFELT	Chimie	{	MESTREZAT
					PECH.
			Physique		

Examineurs de la thèse:

MM. BOSC, professeur, <i>président</i> .	MM. LEENHARDT, agrégé.
BAUMEL, professeur.	P. DELMAS, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

A MES CAMARADES

OFFICIERS ET SOLDATS DE LA 129^e D. I.

A MES AMIS

A. JEANJEAN.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BOSC

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES

A MESSIEURS LES MÉDECINS
DES HOPITAUX DE NÎMES

A. JEANJEAN.

UN CAS D'ATHREPSIE

GUÉRI PAR LA REPRISE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
APRÈS UNE INTERRUPTION DE 33 JOURS

INTRODUCTION

La question de l'allaitement du nourrisson au sein de sa mère apparaît de plus en plus, aux pédiatres, comme l'une des questions essentielles de la puériculture.

La différence qui existe entre les résultats de l'allaitement naturel et ceux de l'allaitement artificiel, entre la mortalité infantile, en particulier, dans l'un et l'autre cas, est si nettement établie que cette question ne saurait, aujourd'hui, nous laisser indifférents.

Obtenir d'une mère, toutes les fois qu'il n'y a pas de contre-indication formelle, qu'elle allaite son enfant et surveiller, dès le début, la marche de cet allaitement, voilà sans doute la façon la plus simple de résoudre le problème, de l'alimentation du nourrisson. Mais, souvent, les circonstances ont été tout autres et la mère a cessé de donner le sein quand elle nous présente son enfant, dont la santé peut être profondément atteinte sous l'influence de l'allaitement artificiel.

A cet égard, l'observation que nous rapportons en détail, nous présente diverses particularités que nous nous proposons de mettre en évidence, de façon à en faire ressortir les conséquences pratiques d'une portée considérable dans la question de l'allaitement maternel.

Le premier élément, c'est la possibilité du retour de la sécrétion lactée après une interruption de durée plus ou moins longue et les conditions de cette reprise.

Le deuxième élément, qui fera l'objet d'un chapitre spécial de notre étude, est la vaste question de l'alimentation du nourrisson, que nous limiterons à ce point particulier observé dans notre cas personnel, à savoir l'action remarquablement bienfaisante d'une minime quantité de lait maternel dans la nutrition bouleversée d'un enfant, argument de plus en faveur de la théorie sur la présence de ferments spécifiques au nourrisson dans le lait de sa mère.

L'observation que nous rapportons va tout d'abord nous permettre de faire parler les faits eux-mêmes.

OBSERVATION PREMIÈRE

S. P..., observé à l'âge de 1 mois.

L'enfant est né à terme, le 21 août 1920, pesant 3 kil. 200. Aucun antécédent héréditaire ou conceptionnel méritant d'arrêter notre attention.

L'enfant est nourri au sein pendant dix-huit jours : du 21 août au 9 septembre. Cet allaitement se fait normalement.

A cette époque-là, la mère abandonne cet enfant. On le soumet donc à l'allaitement artificiel; allaitement au lait de vache qui ne provoque pas de symptômes gastro-intestinaux particuliers.

Mais l'enfant qui, jusque-là, avait régulièrement progressé, cesse d'augmenter de poids. Puis il diminue progressivement, et, le 16 septembre, une semaine donc après l'abandon de l'allaitement naturel, l'enfant a repris son poids de naissance : 3 kil. 200.

De jour en jour cette diminution de poids s'accroît; certains jours, l'enfant perd jusqu'à 50 grammes.

L'amaigrissement se prononce; la peau perd son élasticité, elle devient flasque, ridée, sillonnée de plis que ne comble pas le tissu adipeux qui disparaît peu à peu; les masses musculaires fondent; on a, de plus en plus, nettement l'impression que l'enveloppe est trop grande pour le corps.

Le facies, gagné lui aussi par cet amaigrissement, tend

à se rapprocher de ce facies si typique de l'athrepsie : facies vieillot, ridé, laissant apparaître les saillies osseuses, facies simiesque dénotant que les dernières réserves de graisse de l'organisme, celles de la face, sont en train de disparaître ; nous sommes presque en face de ce tableau complet d'athrepsie avancée le 12 octobre.

Le poids s'est abaissé. Il devient inférieur à celui de la naissance.

De 3 kil. 200 le 16 septembre, il tombe à 2 kil. 980 le 21 ; le 27, il est à 2 kil. 800. Le 7 octobre à 2 kil. 700 ; le 12 octobre à 2 kil. 590. L'enfant est alors âgé de cinquante-deux jours : un enfant normal, du même âge, eut dû peser environ 4 kil. 500.

Malgré cela, il faut noter l'absence de symptômes digestifs nets : sans doute, les selles ne sont pas celles d'un enfant à nutrition normale ; elles sont un peu pâteuses, mal digérées, mais il n'est observé ni diarrhée, ni vomissements.

Telle est la première phase de cette observation : phase des plus banales : un enfant, nourri d'abord au sein, et prospérant normalement, à qui l'on enlève l'aliment qui lui convient, qui est soumis à l'allaitement artificiel, qui présente alors des symptômes de dénutrition aboutissant progressivement à l'athrepsie.

Et, ni les tentatives d'alimentation par un aliment plus facilement digéré que le lait de vache (tentative, pendant quelques jours, d'alimentation à la farine lactée), ni la réglementation soigneuse des repas, relative à la quantité, au nombre, à l'espacement, ne parviennent à arrêter cette marche vers la cachexie, dont nous nous rapprochons chaque jour.

Un événement, déterminé par des circonstances sur lesquelles nous ne saurions insister dans notre observation, va venir changer totalement le cours de cette évolution.

Le 10 octobre, la mère vient voir son enfant... elle parle de le reconnaître à nouveau, de le reprendre. On insiste particulièrement auprès d'elle pour lui démontrer la nécessité urgente qu'il y aurait pour son enfant, à retrouver l'allaitement au sein, seule chance de salut.

La mère se laisse facilement convaincre et nous entrons dans une deuxième phase, où nous allons assister, parallèlement, à deux phénomènes de la plus haute importance théorique et pratique à la fois :

Les phénomènes relatifs à la sécrétion lactée de la mère ;
les phénomènes relatifs à la nutrition de l'enfant.

Notre observation va, dès lors, présenter deux tableaux parallèles. Mais une question se pose, avant de reprendre, là, l'évolution de ces deux phénomènes.

Nous devons jeter un regard rétrospectif sur ce qu'était devenue la fonction de sécrétion lactée, chez la mère, pendant les trente-trois jours d'abandon de l'allaitement.

La mère avoue avoir cherché à faire disparaître son lait ; elle s'est purgée deux fois, elle a comprimé ses seins en les serrant au moyen d'une serviette.

Dès qu'il est possible d'observer la mère, on constate que sa sécrétion lactée n'est pas absolument tarie : elle est réduite à presque rien, quelques gouttelettes se présentent à l'extrémité du mamelon comprimé. L'enfant, mis au sein, se met à têter avidement, mais, après être resté dix minutes à chaque sein, il a pris environ 7 à 8 grammes : soit 4 grammes à chaque sein, la valeur d'une cuillerée à café en dix minutes.

Malgré ces premiers résultats, peu encourageants, on conseille à la mère de poursuivre cette tentative de reprise de l'allaitement qui apparaît comme le seul moyen de sauver l'enfant.

L'enfant est mis au sein, toutes les heures, pendant

vingt minutes : jour et nuit ; il faut, par une succion fréquemment répétée, essayer de déterminer la nouvelle montée laiteuse. On ne donne à la mère, d'ailleurs, aucun de ces nombreux médicaments galactogogues qu'elle s'empresse de réclamer.

Pendant trois jours, chaque tétée ne donne guère qu'une dizaine de grammes ; on continue à donner, six fois par jour, un biberon de farine lactée.

Le 14, deux jours seulement après la remise au sein, l'enfant a le même poids que le 12 ; il n'a pas diminué ; il a suffi de ces quelques grammes de lait maternel, insuffisants par eux-mêmes, à constituer une véritable nourriture, pour arrêter cette chute de poids, pour transformer la courbe de poids dont la pente descendante semblait devoir être fatale, et c'est là un point de notre observation, qui nous semble présenter un intérêt que nous voulons souligner.

A partir du 14, nous constatons, chaque jour, un progrès dans la montée laiteuse, et, parallèlement, car, dès lors, mère et enfant dans notre observation ne sauraient plus être séparés, un progrès dans l'état du nourrisson.

Le lait, tout d'abord, augmente à chaque tétée, bientôt, on ne donne plus le sein que toutes les deux heures. Le 29 octobre, dix-sept jours seulement après la reprise de l'allaitement naturel, l'enfant prend une tétée à 70 grammes. En dix-sept jours, la tétée avait passé de 7 gr. à 70 gr. ; on pouvait dès lors supprimer tout aliment artificiel : l'enfant sera nourri exclusivement au sein maternel.

La montée laiteuse s'accroît : la mère sent ses seins durcir avant la tétée ; vers le 15 novembre, l'enfant, dont les tétées ont été réglées, avec des espacements de trois heures (sept tétées en vingt-quatre heures), prend 100 gr. à chaque tétée, et l'on est obligé de diminuer la durée de

chaque tétée, car, très vorace, le nourrisson prendrait plus que ne le permettrait son poids, forcément encore au-dessous de la normale.

Suivons maintenant l'évolution du poids et de l'état général du nourrisson que nous avons laissé, au 12 octobre, dans une situation des plus alarmantes.

Dès qu'il a reçu le lait maternel, même en minime quantité, nous l'avons vu, le nourrisson a cessé de dépérir.

Nous allons assister, alors, à une reprise progressive de poids, donnant une courbe de poids régulièrement ascendante, dont nous indiquerons les éléments par les chiffres suivants :

Le 16 octobre, 2 kil. 700 ;

Le 18 octobre, même poids ;

Le 22 octobre, 2 kil. 800 ;

Le 27 octobre, 3 kil. (donc 200 gr. pendant ces cinq jours, soit 40 gr. par jour).

Le 6 novembre, 3 kil. 200. L'enfant, âgé de 2 mois et demi, a repris son poids de naissance ; il a fallu vingt-quatre jours d'allaitement au sein pour regagner le poids de naissance ; l'augmentation a été de 610 grammes pendant ces vingt-quatre jours, soit environ 25 grammes par jour, à peu près égale à ce qu'était la perte régulière de poids pendant la période d'allaitement artificiel.

A partir de ce moment, nous assistons à une progression régulière de poids :

15 novembre, 3 kil. 400 ; 30 novembre, 3 kil. 800 ; 10 décembre, 4 kilos.

Le poids suivi ainsi pendant une période encore longue, évolue comme un poids normal, l'allaitement étant, dès lors, réglé d'une façon normale. Ainsi, le 10 janvier, l'enfant pèse 4 kil. 650 ; il prend six tétées par vingt-quatre heures de 100 grammes chacune.

Tandis que le poids, parallèlement aux quantités de lait absorbées à chaque tétée, augmentait, le facies et l'état général se modifiaient: l'enfant reprend peu à peu des chairs moins flasques, moins ridées; les plis disparaissent progressivement; puis les chairs deviennent vraiment fermes, le pannicule adipeux se reforme; le facies, lui aussi, se modifie: le tissu adipeux vient redonner à ce facies des formes moins anguleuses puis les formes arrondies du nourrisson normal. Au bout de quelques temps, l'enfant est méconnaissable. Son regard s'est modifié; il est devenu vivace; ses muscles ont repris leur tonicité; l'enfant devient vigoureux et cet athrétique, ce nourrisson qui allait de venir un « mourant », remis au sein, est, en quelques semaines, devenu un « beau nourrisson ». Il n'y a qu'un point à surveiller dans son état: c'est sa voracité; si on ne le règle sévèrement, il prend des quantités de lait au-dessus de ce qu'autorise son poids, encore un peu au-dessous de la moyenne de son âge, et, des régurgitations ou petits vomissements se produisent alors.

Telle est l'observation fondamentale, observation « double » qui peut nous suggérer quelques réflexions, et nous amener à exprimer certaines conclusions.

HISTORIQUE

Si l'on parcourt la littérature médicale sur la question qui nous intéresse, on arrive rapidement à se convaincre que le retour de la sécrétion lactée dans les glandes qui n'ont pas sécrété depuis un certain temps, n'est pas chose absolument rare. Il est même piquant de lire ces faits, qui semblent appartenir au domaine du merveilleux mais qui n'en doivent pas moins être considérés, dans leur exception, comme une confirmation des observations prises dans des circonstances cliniques plus régulières.

Tel est le cas d'Audebert où l'on voit une femme de 62 ans qui, chargée d'élever sa petite fille au biberon eut l'idée de lui donner le sein pour l'amuser, et vit revenir la sécrétion lactée, suffisante pour allaiter l'enfant pendant un an.

Le docteur Waddy, de Dublin, rapporte le cas d'une femme septuagénaire qui, vingt ans après sa dernière grossesse, put allaiter un enfant confié à ses soins.

Telles sont encore ces curieuses pratiques des habitants du Cap-Vert que signale Bouchut. Là, l'usage veut, quand une mère vient à mourir en laissant son enfant en bas âge, que ce soit à une proche parente quel que soit son âge, mariée ou non, à continuer l'allaitement. Pour provoquer la montée laiteuse, la femme est soumise à des pratiques bizarres : application de feuilles de ricin vert sur les seins ;

fumigations vers les parties génitales; succion répétée des mamelons; après quoi la sécrétion lactée s'installe le plus souvent.

On a signalé des exemples de sécrétion lactée chez des jeunes filles vierges, uniquement sous l'influence de la succion du bout des seins.

Enfin, anomalie plus curieuse encore, on a signalé des observations d'hommes ayant pu remplir les fonctions de nourrices, tel le fait rapporté par le professeur américain Hall, de Maryland, et celui du naturaliste Humboldt.

Si nous laissons de côté, maintenant, ces faits de sécrétion mammaire non puerpérale, dont certains cependant n'ont pas qu'un seul intérêt anecdotique, nous croyons qu'il faut arriver jusqu'au début du XIX^e siècle pour trouver une première étude de cette question. Et cependant, malgré l'observation probante de Laigneau, publiée dans le *Journal de médecine, chirurgie et pharmacie* de 1814, longtemps persista le préjugé, même dans l'esprit des médecins, malheureusement, qu'il était dangereux et impossible de rappeler la sécrétion lactée chez une femme, un certain temps après l'accouchement. Trousseau eût l'occasion d'observer plusieurs cas de reprise de l'allaitement après une interruption plus ou moins longue et, avec sa grande autorité, il sut montrer tout l'avantage qu'on pouvait retirer de tels faits.

Depuis lors, des constatations analogues ont été faites tant en France qu'à l'étranger. Aubert (1885), Lardew (1859), Fournier (1862), Minot (1870), Ancona et Dujardin-Beaumetz (1877), ont réussi à rappeler la sécrétion lactée par des moyens divers: médicamenteux et électrothérapiques.

Plus récemment encore, la plupart des pédiatres en ont apporté des exemples.

Il est intéressant, à notre point de vue, de choisir parmi toutes ces observations les plus probantes et de les rapporter même d'une façon succincte, à cette place.

Voici d'abord, les observations si démonstratives de Trousseau, que nous avons recueillies dans ses leçons cliniques.

OBSERVATION II

(Trousseau. Leçons cliniques)

Il s'agit d'une femme, L..., accouchée pour la seconde fois, vers le 20 mars 1847. Elle n'avait pas nourri son premier enfant; elle voulut allaiter le second, mais pour des raisons de santé et sur le conseil d'un médecin, elle sevrâ son enfant trois semaines après l'accouchement. Les règles reparurent un instant, deux mois et demi après environ.

Vers le 10 juin, cette femme entra à l'hôpital, assez bien portante, mais son enfant était très chétif, très maigre, atteint de diarrhée chronique, en imminence de mort certaine si l'allaitement au biberon était continué. L'examen des mamelles de sa mère ayant montré la persistance d'une goutte de liquide lactescent à la compression, le retour à l'allaitement maternel fut conseillé.

L'enfant prit bien le sein; dès le deuxième jour, la montée laiteuse fit des deux côtés d'une façon très manifeste. Le quatrième jour, le lait monta assez vivement pour l'enfant qui put s'en contenter. Le mieux se prononça tous les jours davantage et la sécrétion lactée de la mère complètement revenue après quatre semaines d'interruption, la santé de l'enfant se rétablit complètement.

OBSERVATION III

(Trousseau. Leçons cliniques).

Au n° 5 de la salle Sainte-Cécile était une jeune femme, bien portante par ailleurs, qui avait sevré son enfant âgé de six mois. Celui-ci supporta mal le sevrage et sa santé alla toujours en déclinant jusqu'au moment où il entra à l'hôpital.

Il avait alors 10 mois, il était sevré depuis quatre mois. Sur les conseils de Trousseau, la mère prit son enfant au sein. En huit jours, la sécrétion lactée était revenue suffisante et la santé se rétablissait.

OBSERVATION IV

Trousseau et Pidoux ont observé en ville un jeune enfant qui avait été sevré vers 8 ou 9 mois et dont la santé s'était depuis lors très gravement altérée. Deux mois après le sevrage, on eut recours de nouveau à l'allaitement maternel. L'enfant éprouva les deux premiers jours beaucoup d'aversion pour le sein, mais on lui refusa toute alimentation et il se remit à têter. La sécrétion du lait redevint aussi abondante qu'auparavant et la santé de l'enfant en ressentit la plus heureuse influence.

OBSERVATION V

(Service de M le docteur Barbier)

L. D..., entre à l'Hôpital Hérold, le 20 septembre 1903 avec son enfant âgé de 3 mois qui présente de la diarrhée et un peu de bronchite. Elle allaite son enfant depuis sa

naissance et elle a assez de lait pour le nourrir seule. Trois semaines après son entrée à l'hôpital, elle contracte la fièvre typhoïde. Dans les premiers jours de l'hyperthermie, l'allaitement maternel est encore possible, mais bientôt après la sécrétion lactée diminue, puis cesse brusquement. L'enfant est alors nourri avec du lait de vache. Dix-sept jours après, la mère étant guérie, veut reprendre son enfant et on assiste en seize jours environ, au retour à peu près complet de la sécrétion du lait, ce qui permet de supprimer petit à petit et complètement à la fin, le lait de vache.

OBSERVATION VI

(Service de M. le docteur Barbier)

Y. B..., née le 21 janvier 1904, a été nourrie au sein maternel jusqu'au 18 février, mais elle prend le sein difficilement, sa mère va consulter une sage-femme qui lui dit qu'elle n'a pas assez de lait et l'engage à sevrer son enfant. Exactement trente et un jours après, l'état de santé de l'enfant est tel que sa mère l'ayant conduite à la consultation, elle est admise à l'hôpital. Là, l'allaitement maternel est repris en le combinant avec des biberons de lait de vache. En vingt-trois jours, la sécrétion lactée se rétablit complètement, et à partir de cette date, la santé de l'enfant n'a plus donné aucune inquiétude.

OBSERVATION VII

(Polyclinique de Rothschild. Docteur Brunier)

La femme A... accouche, le 30 janvier 1903, au huitième mois de sa grossesse, d'un enfant du sexe masculin. Elle le nourrit d'abord chez elle avec du lait sucré. Treize jours

après sa naissance, il est admis à la polyclinique dans un état de dénutrition extrême.

On institue l'allaitement artificiel, en conseillant en même temps à la mère de le mettre régulièrement au sein.

L'enfant prend difficilement le sein, le premier jour, il ne prend que 8 grammes de lait maternel. Seize jours après, la quantité de lait maternel absorbé est de 200 gr. A ce moment le lait de vache est supprimé et on ne donne que le sein de la mère. La sécrétion lactée revient lentement mais progressivement. Vingt-cinq jours après le début de la mise au sein, la quantité de lait prise est de 320 grammes. Quarante jours après, elle est de 420 grammes.

Parallèlement, la santé de l'enfant s'améliore. Il est à remarquer, qu'il s'agissait d'un enfant débile et que le retour de la sécrétion aurait été plus rapide avec un enfant vigoureux.

OBSERVATION VIII

(Présentée par le professeur Budin au Congrès international de médecine,
août, 1900)

Il s'agit d'une femme, C..., primipare, qui accoucha d'un enfant débile le 3 avril 1900. L'enfant ne pouvant prendre le sein, une sage-femme conseilla à la mère de le confier à une nourrice au sein. En réalité, cette dernière éleva l'enfant au biberon; la mère étant venue voir son bébé, le trouva pâle, faible, avec des gardes-robes verdâtres. Elle le prit avec elle et l'amena à la consultation des nourrissons, trente-quatre jours après sa naissance.

Bien que la mère n'ait jamais allaité et qu'il n'ait pas été possible de faire sourdre le moindre liquide à la pression des seins, on décida de tenter le retour de la sécrétion lactée. On confia l'enfant à une nourrice et, en même temps

on fit têter la mère par un gros enfant. Très rapidement, en neuf jours, cette femme put donner 595 grammes de lait par vingt-quatre heures et, dès ce moment, assurer toute seule la nourriture de son enfant.

OBSERVATION IX

(Polyclinique de Rothschild. Docteur Bruvier)

Il s'agit d'un enfant qui, pendant les trois jours qui suivent sa naissance, ne peut pas prendre le sein de sa mère par suite de la difficulté qu'il éprouve à saisir les mamelons qui sont ombiliqués. Tant bien que mal un allaitement mixte est continué jusqu'à 9 mois. C'est alors que la mère éprouvant des troubles digestifs persistants, l'enfant est sevré et, dans le but de se faire passer le lait, sa mère prend un purgatif et se fait appliquer un pansement compressif sur les seins.

Malheureusement, l'enfant supporte mal le lait de vache, il dépérit au point que se pose la question de reprendre l'allaitement maternel. L'examen des seins de la mère montre que la purgation et la compression n'ont pas aboli la sécrétion lactée, mais l'ont diminuée d'une façon considérable. Mais sous l'influence de la mise au sein, le retour du lait se fait rapidement et les phénomènes morbides présentés par l'enfant sont enrayés.

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA SECRETION LACTEE

Les avantages de l'allaitement maternel sur l'allaitement mixte ou artificiel, paraissent actuellement admis d'une façon universelle et s'il est une question définitivement acquise en puériculture, c'est bien celle-là. Tous les côtés moraux, physiologiques et pathologiques du problème semblent avoir été envisagés. D'autre part, sous l'influence de grands médecins, secondés par des œuvres sociales, il est certain que l'allaitement maternel est, de nos jours, en plus grande pratique par rapport à ce qu'il était autrefois.

Malheureusement, à cause de la persistance de certains préjugés sociaux, trop nombreux sont encore les cas d'allaitement artificiel et trop nombreuses également les désastreuses conséquences qui en découlent au point de vue de la mortalité infantile. Souvent aussi la crainte d'une sécrétion lactée insuffisante comme quantité et comme qualité est pour beaucoup de mères et souvent pour des médecins, l'indication à ne pas tenter l'allaitement maternel.

En réalité, c'est une préoccupation qu'il ne faut pas exagérer. M. Pinard, qui a entrepris en France l'œuvre du relèvement de l'allaitement maternel, nous fournit à cet égard des statistiques tout à fait rassurantes.

Voici ses conclusions textuelles déduites de l'examen de 500 cas ;

Les femmes, à peu d'exceptions près, peuvent être toutes de bonnes nourrices.

Plus du quatre-cinquième des femmes le sont dès le début de l'allaitement.

Presque toutes les autres le deviennent après un temps plus ou moins long. Les cas d'agalactie sont excessivement rares, l'agalactie absolue n'existe pas.

Voilà donc des conclusions tout à fait rassurantes que le bon sens d'ailleurs pouvait faire prévoir. Car, bien que certains auteurs aient voulu interpréter les cas d'hypo ou d'agalactie comme des faits d'évolutionnisme par suite de la perte de l'habitude de l'allaitement chez les générations ascendantes, il est indéniable que même dans notre civilisation avancée, la sécrétion lactée dans l'espèce humaine est un acte physiologique fortement implanté et d'une puissance rarement en défaut.

Il sera par suite exceptionnel qu'une femme de bonne santé générale ne puisse être une excellente nourrice. Il appartiendra au médecin de réglementer l'allaitement maternel. Il le déconseillera par exemple dans le cas où la mère est atteinte d'une maladie contagieuse qu'elle peut communiquer à son enfant ou d'une maladie grave qui, sous l'influence de l'allaitement pourrait compromettre à brève échéance son existence, telle que le cancer, une affection cardiaque ou rénale par exemple.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits qui ne rentrent pas dans le cadre de notre étude pour nous attacher de plus près aux causes qui peuvent entraîner une suspension prolongée de l'allaitement et poser la question d'une reprise possible d'allaitement après sevrage plus ou moins long, si l'enfant présente des signes d'intolérance, pour une alimentation étrangère.

Il peut arriver en effet qu'avec la meilleure volonté de nourrir son enfant, des obstacles surgissent qui vont obliger une mère à sevrer son nourrisson. Nos observations en offrent des exemples.

Les premiers en date de ces accidents sont les gerçures et crevasses du mamelon, si douloureuses et si tenaces parfois qu'elles forcent souvent les mères les plus courageuses à interrompre l'allaitement naturel. Il est vrai que, sous la surveillance du médecin et à l'aide de quelques règles d'hygiène bien comprises, ces accidents sont évitables et le plus souvent facilement curables.

Malheureusement, en ouvrant la porte à l'infection microbienne, ces lésions servent de point de départ à la galactophorite et à la lymphangite du sein. Que ces accidents soient bilatéraux et voilà une cause d'interruption forcée qui peut être de durée très longue, sans qu'il soit toujours facile de prévoir avec certitude la possibilité d'une reprise heureuse.

À côté de ces complications locales, il y a lieu de faire intervenir toutes les maladies générales qui, chez la mère, peuvent tantôt tarir la sécrétion lactée, en raison de la gravité des phénomènes morbides, tantôt imposer la suspension plus ou moins longue de l'allaitement en raison de la contamination possible de l'enfant. À cet égard, la décision à prendre relèvera du médecin exclusivement qui basera ses éléments d'appréciation sur un examen détaillé de sa malade, sur la gravité plus ou moins grande de l'affection, sur le caractère de la contagiosité. Si cependant la sécrétion lactée persistait et que l'allaitement naturel soit continué, une surveillance attentive de l'enfant s'imposerait pour déceler les premiers signes de troubles nutritifs qui nécessiteraient la mise à l'allaitement artificiel.

Deux éventualités peuvent alors se présenter : la mère

une fois guérie peut tenir essentiellement à reprendre l'alimentation au sein ou bien les désordres provoqués par l'allaitement artificiel chez l'enfant, imposent la nécessité du retour à l'allaitement naturel.

La reprise de l'allaitement maternel est-elle possible?

Le plus souvent oui. Les observations que nous avons choisies comme les plus démonstratives parmi bien d'autres le prouvent nettement. Toutefois cette reprise ne se fera que dans certaines conditions qu'il faut connaître pour se placer dans les meilleures circonstances possibles de réussite.

C'est, en premier lieu, la durée de l'interruption. Bien que Troussseau ait obtenu un succès chez une femme qui avait sevré son enfant depuis quatre mois (obs. IV), c'est là un fait assez rare. Surtout si nous négligeons les faits exceptionnels de lactation non puerpérale, rapportés dans un précédent chapitre. En pratique, il ne faut pas que l'interruption ait dépassé une certaine limite que l'ensemble des observations semble préciser à deux mois.

En second lieu: il faut tenir compte de l'état de santé de la mère chez qui la maladie, cause de l'interruption, a pu provoquer un épuisement qui a tari définitivement la sécrétion du lait.

Il y aura lieu également de considérer l'état des seins qui auront pu, à l'occasion de lésions locales, perdre complètement leur tissu sécréteur. A cet égard, un excellent signe en faveur du retour possible de la sécrétion, c'est la persistance d'un écoulement lactescent si faible soit-il à la pression du mamelon, signe qui s'est montré constamment favorable dans les observations que nous avons rapportées.

Dans certains cas cependant, le retour de la sécrétion lactée se fera lentement. Il y aura lieu d'employer les

moyens habituels recommandés pour rappeler ou augmenter la sécrétion du lait. Leur valeur d'action est bien inégale. La vieille médecine recommandait diverses drogues d'origine végétale: bourrache, vipérine, saponaire, chardon, laitue, senecón, sauge, etc.

Certaines préparations paraissent jouir d'une réputation galactagogue mieux établie. Telle est, par exemple, la teinture de galega, le sirop d'ortie, la poudre d'anis, de fenouil, de cumin.

L'opothérapie placentaire a donné quelques résultats favorables.

On a proposé également des moyens externes qui consistent en massage, électrisation. En réalité, le moyen le plus puissant pour rappeler la sécrétion lactée est *la succion* du mamelon. Les témoignages des auteurs sont à peu près unanimes sur ce point. C'est une des conséquences de la loi générale des sécrétions glandulaires à savoir qu'une glande fonctionne avec d'autant plus d'activité qu'elle est davantage sollicitée.

En résumé, le plus sûr moyen de provoquer le retour de la sécrétion lactée, après un sevrage plus ou moins prolongé, c'est de remettre l'enfant au sein; lorsque celui-ci sera trop faible, on pourra stimuler la sécrétion par le massage ou l'électrisation de la glande; mais le mieux sera encore, chaque fois, qu'on le pourra, de faire têter la mère par un gros enfant.

PHYSIOLOGIE DE LA NUTRITION DU NOURRISSON

Notre observation montre d'une façon évidente que le lait de la mère (il en serait de même de celui d'une nourrice), agit autrement que comme un aliment banal.

C'est un aliment vivant.

Pour que des doses aussi minimales que celles des premiers jours de la reprise du sein, aient déterminé une amélioration aussi rapide, il faut qu'elles aient agi autrement que par leur simple apport nutritif.

Certes, chimiquement, le lait de femme présente un ensemble de qualités qui en font un corps facilement digéré, facilement absorbé et assimilé : ce sont là les qualités de tout bon aliment.

Ceci n'explique pas que quelques dizaines de grammes de ce lait, absorbées dans les vingt-quatre heures, aient pu transformer immédiatement une évolution vers l'athrepsie, en une reprise de bonne nutrition : cette athrepsie elle-même, était donc autre chose qu'une insuffisance d'assimilation par défaut d'aliment chimiquement approprié : cet aliment que l'on a rendu à l'enfant est donc autre chose qu'un complexe chimique adapté à son tube digestif.

Sans donc nier, dans la pathogénie de l'athrepsie, l'importance de la différence qui existe, chimiquement, entre le lait de femme et le lait des espèces animales, différence

qui porte sur la composition centésimale en matériaux divers, différence qui porte sur la constitution même de l'édifice de la molécule albuminoïde, nous serions portés à voir, dans notre observation, une confirmation de la théorie que Marfan a soutenue, pour expliquer l'action toute particulière du lait de femme sur la nutrition du nourrisson.

Le lait est vecteur de certains ferments, les enzymes et les enzymoïdes, qui sont propres à chaque espèce.

Les enzymes ne sont autre chose que des ferments digestifs, semblables à ceux que contiennent normalement nos sucs digestifs. C'est ainsi que, dès 1883, Béchamp montrait l'existence, dans le lait de femme, d'une amylase, dont Bouchut confirmait l'existence, et que E. Moro devait retrouver dans les selles d'enfants nourris au sein. Le lait de femme contient encore une catalase, une lipase, et nombre d'autres ferments digestifs moins bien étudiés.

En général, ces enzymes sont détruits, ou fortement atténués, par chauffage à 65°.

Les enzymoïdes sont des substances un peu différentes des ferments digestifs, et que l'on doit rapprocher plutôt des substances immunisantes qui existent dans le sérum sanguin : alexine, sensibilisatrices, antitoxines...

C'est ainsi que le lait de femme contient de l'alexine, détruite par chauffage à 56°, dont le rôle est si considérable dans les phénomènes d'immunisation.

Les sucs digestifs du nourrisson tout jeune sont pauvres en certains ferments. Le sérum du nourrisson, s'il conserve pendant quelque temps les principes immunisateurs qu'il a reçus par voie placentaire, ne tarde pas à s'en dépouiller; chez certains nourrissons, la fonction d'élaboration des ferments et des immunisines est si fragile, ou est devenue si fragile, qu'un apport nouveau devient indis-

pensable. Cet apport, le lait de femme est capable de le fournir : apport de ferments qui vont servir au travail de la digestion (et dont certains vont traverser l'épithélium intestinal et pénétrer dans l'organisme : ces ferments favorisent alors la nutrition intime des tissus) ; apport de ferments venant seconder les fonctions de défense de l'organisme.

Si l'on se rappelle que ces enzymes et enzymoïdes sont particulièrement adaptés, dans chaque lait, à l'espèce correspondante, qu'ils sont détruits par la chaleur, qu'enfin, étant des ferments, ils sont capables, à doses minimales, de produire des effets considérables, on s'expliquera facilement :

1°. Que rien ne saurait remplacer, pour un organisme devenu incapable de fabriquer les ferments dont il a besoin, le lait qui contient les ferments spécifiquement adaptés ;

2°. Que la stérilisation, nécessaire à d'autres points de vue, dans l'alimentation artificielle, ne peut qu'exagérer les troubles dus à la pénurie de ferments ;

*3°. Que de petites quantités de lait de femme, dans certains cas, peuvent suffire à rétablir une nutrition complètement bouleversée par l'allaitement artificiel.

On comprend ainsi que ces petites quantités amènent des changements considérables dans l'état du nourrisson : ces changements heureux ont été suffisants, dans notre observation, pour permettre au nourrisson d'attendre le retour complet de la sécrétion lactée : dès lors le lait a pu ajouter à ses propriétés de vecteur de ferments, son action d'aliment chimiquement adapté au tube digestif du nourrisson.

CONCLUSIONS

De l'observation que nous avons rapportée, et des observations antérieurement publiées, sur le même sujet, nous avons cru pouvoir tirer un ensemble de conclusions. Nous avons ensuite essayé de montrer dans quelle mesure ces conclusions étaient en harmonie avec les données de la physiologie de la sécrétion lactée, et de celle de la nutrition du nourrisson.

Nous avons ainsi exposé deux questions qui pourraient, tout d'abord sembler assez éloignées l'une de l'autre.

Cette diversité n'est qu'apparente: les deux questions se confondent en une unité réelle:

Cette unité est clinique. Notre observation le démontre. Comment séparer l'étude de la sécrétion lactée, de sa disparition, de son retour, et l'étude de la nutrition du nourrisson, quand, précisément, cette nutrition a été troublée par la suppression de l'aliment naturel, et a repris son allure normale dès que le lait maternel a été rendu à l'enfant?

C'est parce que l'enfant, privé du sein, a présenté des symptômes d'une gravité toute particulière que l'on a été amené à le remettre au sein. C'est parce que la sécrétion s'est rétablie, et que ce rétablissement a été suivi de l'amélioration rapide de l'état de l'enfant, que, dans des cas semblables, nous serons tenus de tout faire pour remettre

au sein un nourrisson qui en aura été séparé, même pendant un temps considérable.

Le résultat ne sera favorable que dans certaines conditions : ces conditions, nous avons essayé de les déterminer : elles sont fonctions de l'époque à laquelle a été suspendue l'alimentation par le sein, fonctions aussi de la durée de cette suspension.

C'est une seule histoire clinique qui comprend plusieurs phases : toute une série de ces phases se rapporte aux phénomènes qui ont lieu chez la mère qui allaite ; une autre série se rapporte aux phénomènes qui se passent chez le nourrisson pendant la suppression de l'allaitement naturel ; une autre enfin aux phénomènes qui surviennent dès la reprise de l'allaitement au sein.

C'est la connaissance même de cette unité clinique, confondant les deux questions que nous avons envisagées en une seule, qui donne à cette observation et aux observations semblables toute leur valeur pratique.

Nous pouvons donc dire que l'unité des problèmes étudiés est aussi une *unité pratique*.

Car, pratiquement, c'est la guérison même d'un nourrisson, que nous pourrions parfois attendre de la reprise du sein abandonné. Les conditions de cette reprise, les chances que l'on a de voir revenir la sécrétion tarie, les résultats qu'on en peut attendre, seront autant d'éléments qui devront intervenir pour décider le médecin à ordonner une mesure si souvent contraire aux préjugés de la mère, mais d'où dépend la vie de l'enfant.

Enfin, nous l'avons vu, *l'unité est physiologique* : il est impossible de séparer, physiologiquement, le nourrisson de sa mère.

Le nouveau-né, livré à lui-même, est un être physiologiquement incomplet : de même que, pendant la vie intra-

utérine, ses principales fonctions étaient sous la dépendance de celles de sa mère, de même, après sa naissance, sa nutrition exigé, pendant un certain temps, le secours que lui apporteront les qualités particulières du lait maternel.

Ce lait vient-il à lui faire défaut, sa nutrition sera menacée, et les plus graves désordres pourront se produire.

Sans doute, certains organismes suppléeront à la défec-tuosité de l'alimentation artificielle : mais beaucoup y suc-comberont.

Et, par un véritable échange de bons procédés, c'est le nourrisson lui-même, par l'acte de la tétée, qui déterminera dans la glande mammaire qui doit l'allaiter, l'entretien et la régulation — dans certains cas la réapparition — de la sécrétion lactée.

Il semble que les deux systèmes qui président, l'un à la physiologie de la sécrétion lactée, l'autre à la nutrition du nourrisson, soient solidaires l'un de l'autre ; il semble que le nourrisson, pendant la première année de sa vie, soit, physiologiquement, encore rattaché à sa mère, et ce ne sont pas là de simples vues de l'esprit, ni même de simples apparences. La clinique vient, chaque jour, transformer ces hypothèses en réalités.

OUVRAGES CONSULTÉS

- LAGNEAU. — Observation qui démontre la possibilité de rappeler la sécrétion lactée plus d'un mois après l'accouchement et qu'elle peut être encore assez abondante pour faire avec succès l'allaitement. *Journal de méd., chir. et pharm.*, XXXI, Paris, 1814.
- TROUSSEAU. — *Leçons cliniques*, 1865.
- BOUCHUT. — Hygiène de la première enfance.
- BRIENS. — Quelques considérations sur les causes invoquées pour supprimer l'allaitement au sein. *Thèse* Paris, 1908.
- BUDIN (R.). — Le nourrisson. Doin, 1900.
- BUDIN. — *Obstétrique*, Paris, 1900.
- Communication au XIII^e Congrès international des sciences médicales (section d'obstétrique).
- GUBLER. — Du retour de la sécrétion laiteuse après un sevrage prolongé. *Union médicale*, VII, Paris, 1852.
- JACQUEMIER. — Lactation. *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.
- MARFAN. — *Traité de l'allaitement*.
- BOSC. — L'alimentation du nourrisson.

BARBIER. — *Journal des praticiens*, 24 déc. 1904.

MARTIN (N.). — *Bulletin médical de l'Algérie*, 1896.

PERRET. — Etablissement tardif de la sécrétion lactée; les enfants débiles doivent être allaités par leur mère.
Bulletin de la Société d'obstétrique, Paris, 1900.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 17 février 1921.
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé.
Montpellier, le 17 février 1921.
Le Doyen,
E. DERRIEN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
